

Salud y Mercado de trabajo médico

Vicente Lecuna T*

- * **Hay 2.500 médicos desempleados (10%); el número de médicos crece a una tasa interanual de 6.7%, mientras la población general crece un 3%.**
- * **Una solución simplista de la Federación Médica: frenar el ingreso a la carrera de medicina y aumentar el personal complementario o auxiliar.**
- * **Las universidades, tradicionalmente, no han tomado en cuenta los factores numéricos del mercado, y el Estado no ha señalado las necesidades cuantitativas ni las cualitativas.**
- * **Se debe establecer la estrategia a seguir por las universidades en función de la salud para todos el año 2000, y por otro lado seguir de cerca la implementación del nuevo Sistema Nacional de Salud.**

La ponencia oficial presentada ante la Asamblea de la Federación Médica Venezolana realizada en 1985, titulada "Salario, Empleo y Seguridad Social", tiene los datos más confiables y que permiten analizar algunas características del mercado de trabajo médico en Salud.

ALGUNAS TENDENCIAS POBLACIONALES

Para 1985, Venezuela tiene 16 millones de habitantes, con un incremento interanual del 3%. Aunque hay discrepancia acerca de la magnitud absoluta de la población total, debido principalmente al desconocimiento de los efectos acumulativos de un proceso más o menos amplio de inmigración clandestina, no existen diferencias de importancia en torno al cuadro de características demográficas fundamentales del país. Estas son básicamente tres: alto ritmo de crecimiento, predominio numérico de los grupos jóvenes y concentración creciente de la población en áreas urbanas.

Desde mediados de la década del 70, se observa una tendencia a la desaceleración en el ritmo de aumento poblacional, un incremento de las causas de muerte por enfermedades degenerativas y una disminución de las infectocontagiosas.

En relación con el trabajo, existe una situación de desempleo, llamada a veces desocupación disfrazada o encubierta, la cual se refiere a personas que están formalmente ocupadas pero devengan un salario muy bajo o trabajan un número de horas inferior a lo pautado en la jornada legal. Aunque no existe una estimación técnicamente confiable acerca del número de subempleados, se puede estimar que el 40% del total de personas ocupadas están subempleadas por el salario o por el número de horas de trabajo.

NUMERO DE MEDICOS

En la ponencia de la Federación Médica se señalan cifras, algunas de ellas con reservas por cuanto son el producto de proyecciones, cálculos aritméticos y deducciones con base a estadística producidas por organismos del Estado. En 1985 había en Venezuela 23.500 médicos con una población de 16.019.423 habitantes, lo cual representa un médico por cada

681. En la fuente no se señala de manera explícita si se excluyeron los retirados (la fuente es un instituto de previsión social que debiera mantener información acerca de este grupo, aunque resulta muy difícil conocer el grado de actividad de un médico de edad avanzada, parcial o casi totalmente retirado) ni aquellos que se desempeñan en campos no relacionados directamente con el campo de la prestación de salud, tal como docencia e investigación a dedicación exclusiva. La mayoría de los médicos que desempeñan estas actividades están registrados en el Ministerio y/o en el Instituto de Previsión Social. En la información de la ponencia se incluyen los cargos "universitarios" como cargos médicos. Si se excluyen, además de los anteriores, aquellos médicos que desempeñan actividades alejadas de la medicina (un número mínimo), se puede inferir que la cifra real de médicos en actividades vinculadas con la prestación de salud por habitante es inferior a la señalada.

El número de médicos tiende a crecer a una tasa interanual de 6,7%, mientras que la población general lo hace a una tasa de 3%. La proyección de estos datos señala, para 1995, un médico por cada 556 habitantes. El número de alumnos, en la escuela de medicina, es de 27.500 y se afirma que el porcentaje de éxito en los estudios (sin tomar en cuenta el número de años requeridos) de acuerdo con la Federación Médica, es del 85%. Si bien se conoce que hay una tendencia a un mejor rendimiento durante los estudios profesionales, probablemente debido a productos de mecanismos de selección basados en rendimiento durante el bachillerato y la prueba de aptitud académica, este porcentaje parece muy alto y no procede de una fuente de referencia adecuada.

POCOS CARGOS DISPONIBLES

En relación con el mercado, los cargos existentes son 24.697. No se incluyen, las posibilidades de trabajo autónomo. Esto plantea un problema porque el ejercicio individual aislado en primer lugar es difícil de cuantificar y por otro lado puede obedecer o no a una necesidad del mercado. Entre los 24.697 cargos, 6.669 pertenecen a la categoría de internos, rurales o residentes que tienen una duración corta (2 a 5 años). Se encontró que aproxima-

* Profesor Asociado, Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela

damente 5.000 médicos desempeñaban más de un cargo; entre ellos 750 con el llamado cabalgamiento de horarios. Este fenómeno (más de un cargo y cabalgamiento) ha ido reduciendo su importancia por cuanto el principal organismo empleador, que es el Estado, tiende, por presiones, a otorgar un cargo para cada médico. Se estima que por lo menos el 20% de los cargos son a un tiempo de dedicación llamado parcial (3 a 4 horas). Por esta razón el número real de cargos probablemente es inferior a 20.000, incluyendo los vinculados exclusivamente con docencia e investigación. Se desconoce cuántos médicos trabajan en ejercicio autónomo o como empresarios. La condición más frecuente es la del asalariado atípico, esto es, un cargo que puede ser "fijo", más formas atípicas de asalaramiento tales como aquellas derivadas de contratos, prestación de servicios a compañías de seguro o institutos estatales o privados o algunas modalidades de trabajo en grupo.

CONTROL DE LAS CLINICAS POR EMPRESAS FINANCIERAS

La lucha por la propiedad y control de los medios de producción se ha acentuado, transformándose en una batalla silente pero activa y real. Los bancos, entidades financieras o compañías arrendatarias, directamente o indirectamente mediante préstamos, hipotecas o financiamientos, obtienen parte del control de las clínicas, que han pasado de ser pequeñas empresas o comercios a compañías que movilizan cantidades importantes de dinero. Los costos tecnológicos y de mantenimiento con la devaluación real de la moneda en el mercado internacional han in-

cidido de manera significativa en su funcionamiento. La reposición de instrumentos relativamente simples como un aparato de rayos x se transforma en una carga tan grande que obliga a nuevos empréstitos para mantenerse en un sistema de competitividad basados no en la eficiencia sino en deslumbrar con lo último de la tecnología o de la apariencia. La clínica, que permitía un ejercicio liberal, ha sido sustituida por la empresa donde los bancos y/o compañías de seguro imponen criterios administrativos cuyo fin es el conocido, muy distinto (posiblemente en la forma) de aquello que hace algunas décadas era controlado por los médicos, quienes administraban de una manera peculiar (deficiente para la clínica pero remunerativa para ellos).

UNA SOLUCION SIMPLISTA

La Federación Médica habla de unos 2.500 médicos desempleados (un 10%); la realidad es que los médicos recién egresados enfrentan una situación de desempleo que ha llevado al ejecutivo a modificar la reglamentación de obligatoriedad de servicio rural como requisito para ejercer la profesión ante la insuficiencia de cargos. Nótese que esta decisión está bastante desvinculada de las necesidades reales del sector rural sino que se debe exclusivamente a una incapacidad para ofrecer empleo. La proyección de la oferta de un número elevado de médicos en el mercado de trabajo es una realidad así como la insuficiencia de incorporarlos, si se mantiene la estructura actual de prestación de servicios. En la ponencia de la Federación Médica se señalan, como factores que inciden negativamente en la

prestación de servicios, la multiplicidad de organismos oficiales, su incoordinación y la falta de relevancia en atención primaria. Pero se concluye que la Federación Médica (sustituyendo a las Escuelas de Medicina) "debe asumir el liderazgo en política educativa y de salud para que se frene el ingreso a la carrera de Medicina y se aumente el personal complementario o auxiliar".

De esta manera, ante una situación compleja que no se enmarca o refiere en la globalidad de la Salud, se formula una solución simplista que resuelve el problema (aunque en realidad no lo hace como veremos más adelante). La reacción de las universidades ha sido la habitual: la cautela. Es bien conocido que no hay coherencia entre la política de formación de recursos humanos para el sector Salud y la atención y necesidades de este mismo sector. La Universidad en sí misma, no tiene los mecanismos para establecer o fijar unas cuotas en función de un sistema sometido a presiones y transformaciones dependientes de múltiples factores, y una indefinición del Estado en esta materia.

ALGUNAS CARACTERISTICAS DEL MERCADO

A continuación, se esbozan algunas características que inciden en el mercado y que pueden ayudar a definir la situación venezolana.

La cuantificación

En primer lugar, la cuantificación del mercado de trabajo. Las características reales nadie las ha estudiado. La forma de trabajo médico, como asalariado simple o típico y la forma autónoma típica, han sido sustituidas por variantes determinadas por nuevas formas de trabajo en grupo, y de la prestación de servicio a instituciones mediante convenios o contratos. No me voy a referir a aquellos especialistas que, por su naturaleza, están obligados a trabajar como asalariados dentro de un Hospital (anestesiólogos, radiólogos y patólogos), sino a otras modalidades. La tendencia es por un lado a mantener alguna forma de salario mediante un cargo y, posteriormente, tratar de obtener una autonomía típica. Esto, que hace algunas décadas era factible, en la actualidad es virtualmente imposible por las características del mercado. La forma de trabajo esencialmente es mixta y la gran mayoría tiene una forma de asalaramiento atípico. Es difícil, pero no imposible, cuantificar las situaciones; pareceríamos atravesar un



período de transición. A esto se añade la figura del empresario médico, también con modalidades, desde quien actúa como propietario de una gran empresa hasta quien tiene como dependientes a uno o más colegas. En un mercado tan complejo, una "sobreoferta de mano de obra" rompe una tradicional estabilidad de oferta y demanda. Quizás de allí la preocupación de la Federación Médica (fundamentalmente un organismo gremial).

Las presiones de la Universidad

En segundo lugar, las Universidades se encuentran presionadas externamente por la sobreoferta (que incide sobre la forma y posibilidades de trabajo de sus egresados) e internamente por la "académica", que señala la conveniencia de limitar el número de alumnos para beneficio del aprendizaje para ellos y de ampliar las posibilidades de actividades de investigación para los docentes.

La crisis económica

En tercer lugar, la situación económica que atraviesa el país. La reducción de los ingresos debido a la baja en los precios petroleros y la política de pago de la deuda han determinado una reducción real en el gasto público que ha tendido, en la práctica, a mantener la burocracia y reducir los gastos de inversión. Esta situación se acentúa en el sector Salud, porque, al reducir el gasto social, se ha golpeado duramente la atención de salud, reducida, en la práctica, a gastos de personal. A veces da la impresión que la política ante la crisis ha golpeado mucho más que la crisis en sí misma. Como subproducto de la política de recortar los gastos en el sector salud, en particular a expensas de los de inversión y desarrollo, han prosperado por un lado las compañías de seguro privadas y por otro la medicina popular o etnomedicina con sus variantes (curanderismo, yerbatería y la santería). El auge de las compañías de seguro ha sido desenfrenado y las ha tomado casi de sorpresa porque no tenían previsto un crecimiento tan brusco, lo cual ha degenerado en un sistema deficiente que ofrecen imposibles y aparecen diversos grados de corrupción. Por supuesto que me estoy refiriendo al área curativa. En el área preventiva, un centro médico en desarrollo, ofrece varias actividades preventivas. Las compañías de seguro, ante la inflación y deslumbrados por las posibilidades crecientes de ganancias, han comenzado a desarrollar una política agresiva y compe-

titiva utilizando, por ejemplo, la fijación de honorarios o descuentos obligatorios, para obtener mayores influencias y beneficios en las grandes clínicas y un control del mercado. Esto ha desestabilizado el tradicional poder y jerarquía del médico, quien, además, comienza a conocer la inflación. Los hospitales públicos están aplicando sistemas de cobro a quien acude solicitando atención. Se utiliza el eufemismo "contribución voluntaria" (esto significa que el paciente, además de contribuir económicamente al hospital, debe llevar sábanas, cubiertos, termómetro y comprar las medicinas). Obviamente esto ha golpeado a la clase popular que tiene menor acceso a los hospitales y menor capacidad de protesta o influencia. Cuando el paciente logra ingresar, se encuentra limitado si no cuenta con los recursos económicos suficientes para los gastos. Por supuesto que hay una ausencia de protesta o protección de sus derechos por los líderes comunales y políticos.

La medicina popular ha crecido debido a la crisis económica, por la deficiencia del sistema público y ha generado una economía paralela para charlatanes y especuladores.

EL NUEVO SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Ante estos nuevos factores, la Federación Médica, que tradicionalmente había sido un organismo que señalaba políticas más o menos justas en materia de salud, se ha venido transformando en un apéndice del gobierno y llega al extremo de minimizar la grave crisis del sector Salud, mediante el silencio. Más preocupa, en este momento a la Federación Médica el problema del desempleo médico, que el problema Salud.

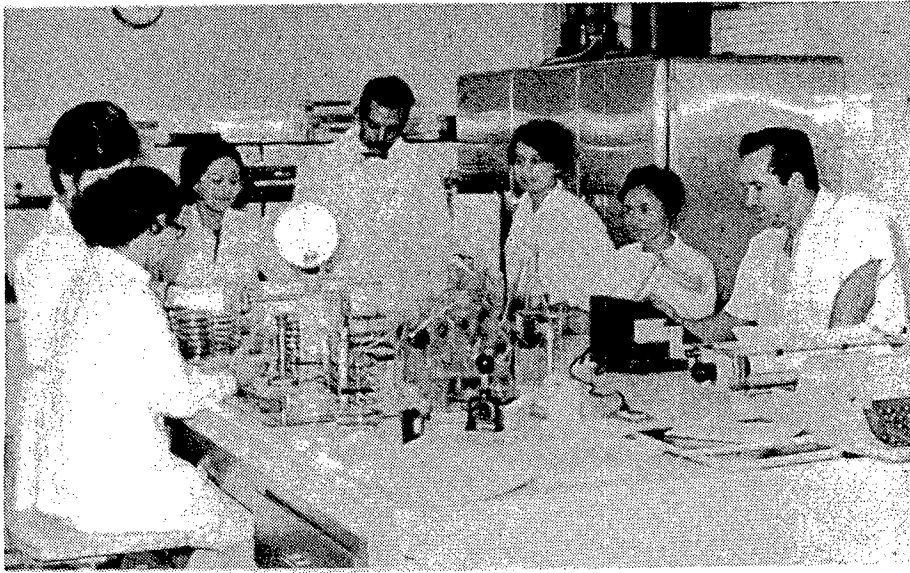
En medio de esta situación surge una nueva Ley que crea el Sistema Nacional de Salud. Esta Ley tenía más de 10 años en el Congreso, y cada 4 años se reformulaba. Su elaboración se hizo de manera sectaria, a pesar de hablarse de consenso y su aprobación se hizo con pocas modificaciones. Contiene varios mecanismos que pueden eliminar muchos defectos de la administración actual y establece énfasis particular en la atención primaria. Faltan reglamentos, y su aplicación será el factor que determine los cambios. Como comentario al margen, la atención primaria se ha transformado en una panacea para resolver, entre otras cosas, el "excesivo" gasto, sin tomar en cuenta que un desarrollo de un sistema funcionando de atención primaria, requiere una inver-

sión importante, además de un cambio en la forma de hacer las cosas, asunto que está lejos de ser resuelto mediante reglamentos.

UNIVERSIDAD Y MERCADO DE TRABAJO

La Universidad tradicionalmente no había tomado en cuenta los factores numéricos del mercado, por considerar que no era su problema, por cuanto el crecimiento y desarrollo mantenían una especie de estabilidad laboral que no alcanzaba niveles críticos y porque el estado nunca había señalado las necesidades cuantitativas ni las cualitativas. Por otro lado las universidades, siempre pendientes de sus presupuestos, habían argumentado que éstos dependían del número de alumnos, y fueron señaladas de mantener cifras artificiales de alumnos cursantes con la finalidad de obtener mayor presupuesto. En la actualidad las universidades han comenzado a considerar el factor numérico por las presiones externas (desempleo) e internas (académicas). ¿Tienen las Universidades que ajustarse al mercado de trabajo y satisfacer las necesidades del mismo conociendo en particular su ineficacia e injusticia? La respuesta no es sencilla porque no puede desvincularse de realidades ni obedecer a intereses ajenos a la Salud. El mercado médico va a crecer y diversificarse aún más. Entre otros factores, la tecnología, las necesidades aparentes, el nuevo mercado privatizado, lejos de resolver problemas, los van a modificar y acentuar. Además de que, mediante su retroalimentación, la privatización va a crear un mercado lucrativo incontrolado y creciente. Hay múltiples ejemplos. La tecnología que ha permitido la tomografía axial y la resonancia núcleo magnética ha creado un mercado tan desbocado que en el país de oro de la medicina privada, los Estados Unidos, han tenido que establecer mecanismos de control no sólo para éstos, sino para procedimientos tales como cateterismos cardíacos o fijar números de cama en hospitales privados, tal como ocurre en el estado de Massachusetts. En Venezuela la técnica desbocada cuenta con la indiferencia real del Estado, quien anda en la búsqueda de reducir los costos mediante la atención primaria.

Ante estas realidades la Universidad, a la cual no se solicita o exige colaboración o participación, a pesar de tener numerosos especialistas, se encuentra sometida a presiones para reducir el número de alumnos. Por supuesto que la presión es



gremial, porque el sector privado probablemente ve de muy buenos ojos la utilización de los especialistas formados por el estado en sus universidades. Encuentra una mano de obra buena y barata para sus actividades. El sector privado tiene una participación muy escasa en la formación de recursos humanos en el sector Salud. Creo importante señalar que en Venezuela no existen Escuelas privadas de Medicina.

Las universidades deben exigir del Estado la urgencia de un estudio formal de las necesidades cualitativas y cuantitativas de recursos humanos en el sector Salud y exigir la participación, para lograr, dentro de un trabajo cooperativo, una cuota en las decisiones y así poder dar lo mejor de su capacidad.

El problema de mercado y universidades no puede ni debe ser enfocado como un problema de dos partes contrarias, en pugna o polarizadas. La Universidad no puede alejarse de la realidad y transformarse en torre de marfil y mucho menos debe ajustarse a un sistema injusto. Hay un problema político que consiste en el tradicional recelo, desconfianza y distanciamiento entre diversas dependencias del Estado y la Universidad. Las escuelas no pueden caer en el Hara-Kiri de la masificación ni aislarse en planos retórico-abstracto. No puede permanecer marginada en un sistema cada vez más interdependiente. Al hablar de mercado, se debe hacer énfasis (y he dejado intencionalmente esta parte para el final) en que la cuantificación del número de médicos, depende, en la práctica, del sistema de prestación de salud. Hay países desarrollados con más de 10 trabajadores de la salud por médico, y otros, con una rela-

ción diferente, por cuanto se asignan a médicos funciones que pueden ser realizadas por otros trabajadores (por ejemplo un técnico realizando endoscopias o curas operatorias y el otro extremo un médico ejecutando funciones simples de educación comunitaria que pudieran ser hechas por un trabajador de la salud). De manera tal que cuando se habla de mercado y de cifras se debe ser cautelosos. Tener una cifra global de médicos de 1 por cada 500 habitantes parece excelente; pero si se mantiene un grupo de población marginada y sin acceso a la prestación de salud es pésimo (por supuesto, el sistema, no el número), así, como la calidad del médico puede establecer una diferencia importante para los efectos de su rendimiento. La complejidad del mercado actual (esto no lo hace por lo demás inaccesible a un estudio) no debe determinar la característica numérica o cualitativa de los egresados, particularmente si se establece claramente y se tiene conciencia de que es un sistema injusto y deficiente. Se debe mirar y establecer la estrategia a seguir por las universidades en función de Salud para todos en el año 2.000, y por otro lado seguir de cerca la implementación del nuevo Sistema Nacional de Salud. Estos dos hechos deben ser orientadores para la Universidad, que además debe tratar de obtener cuotas de participación en la toma de decisiones. Sin duda que la crisis económica va a afectar la aplicación de la nueva Ley al estar limitada por los salarios, ajustes contractuales y por requerir recursos significativos para desarrollar un sistema mejor de atención primaria. Esto va a modificar y moldear, posiblemente, un nuevo mercado de trabajo.

He enfatizado el factor económico co-

mo determinante de una crisis; sin embargo me pregunto si esto será cierto. Así como Venezuela no era un país rico, tampoco cayó en una crisis total. Por ejemplo una inflación del 30% anual (que es común en otros países o mayores) golpea a una población que no conocía ese fenómeno y no está preparada para enfrentar. Creo que si no existiera la crisis económica la situación sería bastante parecida porque los indicadores señalaban que de continuar igual la inversión, el gasto sería cada vez mayor y la atención estacionaria. Quizás la estructura deficiente ha precipitado la situación. Por otro lado, la política ante la crisis ha golpeado más que la crisis en sí misma. El problema, en el sector Salud, ha sido enfrentado por un lado mediante medidas políticas (Nueva Ley), y por otro lado mediante la tendencia a la privatización con sistemas de seguros privados. El Estado ha orientado sus gastos a mantener la burocracia, pagando la deuda externa (para lograr nuevos créditos) y reduciendo el gasto social que no es productivo ni visible. Los líderes no han comprendido las necesidades en el sector Salud. Un escepticismo positivo permite esperar las consecuencias de la nueva Ley.

Hace falta redimensionar el papel del médico ante la política de salud en función de salud para todos, tanto en el aspecto cuantitativo como el cualitativo. Entonces se redefinirá y aclarará el panorama del mercado de trabajo médico.

BIBLIOGRAFIA

1. Isquiel, P.C. y col: Salario, Empleo y Seguridad Social. Ponencia Oficial ante la Asamblea de la Federación Médica Venezolana. Folleto, mimeografiado. Puerto Ordaz, 1985.
2. Quesada, T.A.: ¿Sobreeferencia de médicos o limitaciones de servicios? SIC 50:293-5, 1987.
3. Garrido T., González, G. y Puchi, J.A.: Aspectos cuantitativos y cualitativos de la formación de médicos en Venezuela. Ponencia Central del VII Seminario Nacional de Educación Médica. Maracaibo, 1987.
4. Donnangelo, M.C.F.: O médico no mercado de trabalho. Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais. Sao Paulo, 1975.
5. Bloch, C. de Quinteros, Z.T. y Belmartino, S.: Origen Social e inserción en mercado de trabajo médico. Cuadernos Médico Sociales. Rosario, 1980.
6. González, M.J.: El Sistema Nacional de Salud. Viabilidad Política y Administrativa. SIC 50:172-5, 1987.
7. Rodríguez, M.: El Sistema Nacional de Salud. Algunas consideraciones. SIC 50:177-9, 1987.